Anlegung

einer

künstlichen Cystenfistel

zur Heilung einer Haarbalggeschwulst im Mediastinum anticum.

Inaugural-Dissertation

welche

unter Zustimmung der hochlöblichen medicinischen Facultät zu Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

einreicht und

am 20. März 1874

öffentlich vertheidigen wird

Heinrich Kückmann

aus Delbrück.

MARBURG.

Druck von C. L. Pfeil.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0240

Dem

Hochwürdigen Herrn

Heinrich Büscher.

Pfarrer und Schulinspektor

zu

Delbrück

Hochachtungsvoll

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Trepanation des Brustbeins nebst Anlegung einer künstlichen Fistelbildung bei einem Dermoidbalg des vorderen Mittelfellraumes hatte in der chirurgischen Klinik zu Marburg das günstige Resultat, dass der von Erstickung bedrohte Kranke gerettet und wieder arbeitsfähig gemacht wurde. Da die Krankheitsfälle solcher Art sehr selten, die Operation wohl noch gar nie in dieser Weise beobachtet wurde, so folge ich gern der freundlichen Aufforderung des Geh. Med. Rathes Herrn Roser, über diesen merkwürdigen Fall, den ich in meiner Assistentenzeit von Anfang an mit beobachtete, hier zu berichten. Im Anschluss hieran werde ich eine kleine Zusammenstellung von den 6 Dermoidcysten im Mediastinum anticum geben, die ich in der Literatur beschrieben fand.

Ich will sofort zur Beschreibung des merkwürdigen Falles übergehen. Die Anamnese kurz folgende:

Emanuel Dörr, 33 Jahre alt, will bis zu seinem 29. Lebensjahre stets gesund gewesen sein. Im März 1872 hat er zuerst in der linken Schulter und am Hinterkopfe nach seiner Angabe Schmerz empfunden. Nicht lange darauf hätte er gefühlt und gesehen, dass in der Halsgegend sich eine Geschwulst entwickelt habe, die von Tag zu Tag zugenommen hätte. Der zu Rathe gezogene Arzt schickte ihn in die hiesige chirurgische Klinik. Die Geschwulst war nach der linken Seite von der Mittellinie des Halses und hatte äusserlich ungefähr die Grösse eines Gänseeies, dehnte sich unter dem musc. sternocleidomastoidius sinister

hinaus und ragte fast hühnereigross zwischen dem Sternal- und Klavikular-Ansatz hervor. Der Kranke klagte sehr über Beengung des Athems, und die äusserlich am Brustbein fühlbare Spannung war so, dass man die Luftröhre für comprimirt halten musste. Der Sternaltheil des linken Schlüsselbeines schien etwas vorgetrieben.

Da man deutliche Fluktuation fühlen konnte, so wurde zunächst zur Sicherung der Diagnose eine Punktion gemacht. Es entleerte sich eine ziemliche Menge einer gelblich braunen Flüssigkeit mit kleinen Klümpchen aus Fett und Epithelien. Es wurde der Schluss gezogen, dass man es im vorliegenden Falle mit einer Art von Dermoidcyste zu thun habe. Am folgenden Tage wurde ein Schnitt im jugulum gemacht, woraus sich eiterähnliche Flüssigkeit und Haare, in kleine Ballen gerollt oder vereinzelt entleerten. Der eingeführte Finger ergab keine deutliche Auskunft für die nähere Diagnose. Der Finger konnte bis zur 2. Rippe hinter dem Brustbein eingeführt werden. Man fühlte den Puls der Mammaria interna sinistra, aber die Implantationsstelle der Cyste war nicht zu erkennen. Demnach ergab sich zunächst nur die Indikation, die Cyste offen zu erhalten, oder um es mit einem Worte auszudrücken, eine *künstliche Cystenfistel* anzulegen.

Damit sich die Oeffnung nicht wieder schliessen konnte, und das Secret freien Abfluss hatte, wurde eine vorn offene Canüle eingelegt und Patient auf diese Weise bis zum 9. August behandelt. Da die äussere Geschwulst verschwunden war, und sich Patient wohl befand, wurde er auf sein Verlangen nach Hause entlassen, und angewiesen, die Canüle Morgens und Abends herauszunehmen und zu reinigen. Nicht lange darauf soll Patient von einer rechtsseitigen Pneumonie, die sich vom 20. August bis Mitte September hinzog und da kaum verschwunden, wieder recidivirte, befallen worden sein. Patient gibt an, dass er während dieser Krankheit eine grosse Menge übelriechende

Sputa ausgeworfen habe, in denen sich viele Haarklümpchen befunden hätten. An Kräften matt, kam er am 20. October wieder in die hiesige Klinik und fand Aufnahme. Die Cyste war also während dieser Zeit nach einem Bronchus hin perforirt und hatte wohl das Lungenleiden erzeugt. Der Mann litt an putrider Bronchialblenorrhöe mit zeitweisen Aushusten von Haaren. Da die Canüle zur Entleerung der Cyste unzureichend schien, und diese sich offenbar hinter das Sternum erstreckte, so schien es nöthig, mehr nach unten hin der Cyste freien Abfluss zu verschaffen. Zu diesem Zwecke wurde ein zwei Groschen grosses Stück des Sternum gerade unterhalb der incisura semilunaris sterni heraustrepanirt. Der obere Sternalrand über der Trepanationsöffnung wurde weggemeisselt, so dass jetzt eine 2 Cm. breite und 3 Cm. lange Spalte im Brustbein angelegt wurde. Nach dieser trepanatio sterni konnte der Finger nach keiner Seite hin die Wandungen der Cyste deutlich fühlen und somit auf diese Weise die Grenze der Cyste nicht bestimmt werden. Der Cyste war aber durch diese Operation freier Abfluss nach Aussen geschaffen, und Patient erholte sich von Tag zu Tag merklich. Zwar entstand kurze Zeit nachher ein Abscess hinter dem Sternoclaviculargelenke, der jedoch kurz nach der Eröffnung heilte, nachdem sich der Zwischenknorpel von dem Sternoclaviculargelenke abgestossen hatte und aus der Wunde herauskam.

Vierzehn Tage nach der Operation wurden zur möglichst vollständigen Entleerung der Cyste und dessen, was von der Cyste aus in den Bronchus gedrungen war, täglich Luftinjektionen durch die Trepanationswunde gemacht, worauf dann jedesmal sogleich heftiger Hustenreiz entstand und viel übelriechende Sputa mit Haaren vermischt ausgeworfen wurden. Die Luftinjektion wurde jedesmal 3, 4 — 5mal hintereinander gemacht, bis wenig Hustenreiz mehr entstand, und kein Auswurf erfolgte. Durch diese

Injektion nahm der putride Geruch von Tag zu Tag ab, und die ausgeworfenen Massen wurden weniger, der Kräftezustand nahm zu. Um die Contraction der Narbe und das Verschliessen der Oeffnung nach Aussen zu hindern, wurden 16 Tage nach der Operation anfangend, von Zeit zu Zeit Laminariaröhrchen eingelegt. Anfangs Januar erfolgte wenig Hustenreiz mehr bei den Luftinjektionen, die bis dahin alle Morgen gemacht wurden. Der Auswurf war wenig und ohne merklich putriden Geruch. Am 6. Januar hustete Patient zwei zusammengerollte Haarklümpchen aus und ein aus Kalk bestehendes Kügelchen. Auf seinen Wunsch wurde Dörr mit ganz erneuerten Kräften am 20. Januar nach Hause entlassen, mit dem Bemerken, sich wieder zu melden, wenn sich lästiger Husten einstellte, und der Auswurf üblen Geruch verbreite. Eine gefensterte Canüle wurde ihm eingelegt, sowohl um die äussere Oeffnung vor Verschluss zu wahren, als auch um dem Secrete nach aussen hin freien Abfluss zu verschaffen. Die Canüle des Morgens und Abends herauszunehmen und zu reinigen, wurde ihm anempfohlen. Patient liess in den ersten 2 Monaten nichts von sich sehen noch hören. Als er darauf nach Marburg zum Markte ging, liess er sich in der chirurgischen Klinik sehen, und bemerkte, dass sein Zustand noch ganz erträglich sei und er sich wohl befinde. Das Aussehen des Patienten war gut. Auf Luftinjektion erfolgte wenig Hustenreiz und Auswurf ohne putriden Geruch. Die Canüle verdiente umgewechselt zu werden, da er, um sie bequem reinigen zu können, die Fenstersprossen und die untere Abrundung abgeschlagen hatte, und nun spitzig scharfe Ecken das Ende der Canüle bildeten. Patient ging wieder nach Biedenkopf. Nach 4 Wochen erschien er wieder und klagte über vermehrten Hustenreiz und übelriechenden Auswurf. Er wurde wieder in die chirurgische Klinik aufgenommen. Prof. Roser machte ihm nach angegebener Methode Laminaria-Einführung und Luftinjektion, so lange,

bis nach einer Injektion kein Husten mehr erfolgte. In den ersten 8 Tagen entstand nach den Luftinjectionen ziemlich heftiger Husten und wurden viele putride Schleimmassen, zwischen denen sich einzelne Haare befanden, ausgeworfen. Von da ab war der Hustenreiz bei den Injektionen von Tag zu Tag geringer und es nahm der üble Geruch des Secretes merklich ab. Nach Verlauf von 14 Tagen fühlte sich Patient wohl und wünschte seine Entlassung. Mit der Canüle in der Oeffnung wurde er entlassen mit dem Bemerken, die Canüle gut zu reinigen und wieder zu kommen, wenn sein Zustand, sich verschlechtere. Sodann ist Patient lange nicht wieder erschienen. Am 10. October 1873 kam er des Abends ziemlich matt an Kräften unter stetem Räuspern und Husten in die chirurgische Klinik und suchte um Aufnahme nach. „Ich war," sagte er, „in den Bergwerken Westfalens, komme aber zurück, weil ich mich matt fühle, der Husten mich Tag und Nacht quält, und der Auswurf derartig riecht, dass mich Jedermann flieht. Ich muss hier erst wieder kurirt werden." Er wurde aufgenommen. Prof. Roser begann am andern Morgen wiederum die früher angegebene Curmethode. Nach gehöriger Erweiterung der verengten Oeffnung durch Laminariaröhrchen und nach der ersten Luftinjektion erfolgte sofort heftiger Husten und reichlicher Auswurf, der die Zimmerluft weithin verpestete. Im Auswurf selbst fanden sich viele Haare, einige zerstreut und in kleine Ballen gerollt. Patient war so entkräftet und matt, dass er das Bett kaum verlassen konnte. Während der Nacht und am Tage hustete er ziemlich viel und es erfolgte reichlicher Auswurf von vorher angegebener Beschaffenheit. Nach einigen Tagen mässigte sich der Husten, der putride Geruch des Auswurfes nahm ab, Patient fühlte sich kräftiger und versuchte am 6. Tage schon den ganzen Tag aufzubleiben. Nachdem er 8 Tage nach angegebener Methode behandelt war, hustete Patient am

Tage und des Nachts nur sehr wenig und verbreitete der Auswurf nach erfolgter Luftinjection wenig üblen Geruch mehr. Am 14. Tage konnte Patient auf seinen Wunsch wieder enlassen werden. 4 Wochen nachher kam er schon wieder und führte die alte Klage. Es wurden ihm wieder zur Erweiterung der früher angegebenen Oeffnung am Tage Laminaria eingelegt und jeden Morgen Ausspritzungen mit Luft gemacht. Am 8 Tage wünschte er, da er sich wie neu geschaffen fühlte, seine Entlassung. Er wurde, mit Laminaria versehen, entlassen und ihm der Rath gegeben, da er nur 4 Stunden von hier wohnt, sich mindestens alle 8 Tage sehen zu lassen, damit je nach Bedürfniss wieder Luftinjektion gemacht, oder Laminariastäbchen eingelegt werden könnten. Patient ist aber nur dann sehr folgsam, wenn sein Zustand unerträglich wird. Er erschien lange Zeit nicht wieder. Als er im Februar 1874 hier vor Gericht geladen war, zeigte er sich auch wieder in der chirurgischen Klinik. Er erzählte, dass er sich ganz wohl befinde, er komme nur, um zu fragen, ob man ihm jetzt den Sack der Geschwulst herausschneiden wolle, da er fühle, dass er sich von unten nach oben hin zusammengezogen hätte und gerade vor der Oeffnung läge. Die Oeffnung nach dem Bronchus hin sei nicht mehr da, weil er gar nicht mehr zu husten brauche, und das Wenige, was er ausspucke, nicht im mindesten Geruch verbreite. Er habe zu Hause Alles verkauft, um nach Marburg überzusiedeln und um nahe bei der chirurgischen Klinik zu sein. Wenn er aber gewust hätte, dass seine Genesung so nahe bevorstehe, wäre er Dekorationsmaler in Biedenkopf geblieben. Die Untersuchung mit der Sonde ergab, dass die Communication des Dermoids nach Aussen hin noch nicht geschlossen war. Ging man mit dem breiten Ende der Sonde ein, so konnte man einen ungefähr wallnussgrossen Tumor nach oben, beiden Seiten und unten hin- und her-

schieben, ein Zeichen, dass keine Verwachsung mit diesen seitlichen Theilen vorhanden war. Nach hinten und unten aber schien dieser contrahirte Theil der Cyste, wenn man mit der Sonde einging, und ihn nach oben heraufdrückte, noch eine Fortsetzung nach unten rechts zu haben. Wäre dieses nicht der Fall, so wäre es vielleicht ein Leichtes, die äussere Oeffnung zu erweitern und den Cystenbalg anzuziehen, oder man könnte vielleicht versuchen, durch angebrachtes Gewicht ihn durch die Oeffnung herauszuziehen und den etwa mit hervorkommenden Stiel abzubinden. Vorläufig muss aber wohl erst gewartet werden, um zu sehen, dass die Communication mit dem Bronchus wirklich nicht mehr existirt, oder ob diese Oeffnung vielleicht durch einen Klappenmechanismus geschlossen ist. Die Zukunft wird es lehren und die weitere Therapie wird sich danach richten müssen.

Die hier kurz angegebene Behandlung der Dermoidcysten zeigt zur Genüge, dass sie lebensrettend für den Patienten gewesen ist. Denn wäre der Cyste nicht durch die trepanatio sterni freier Abfluss nach Aussen hin verschafft, und nachdem die Communication mit dem Bronchus entstanden, durch Luftinjektion das angesammelte Secret nach Aussen hin befördert, so wäre Patient schon sicher vielleicht unter dem Symptome einer Pleuropneumonie oder einer Bronchitis putrida zu Grunde gegangen. Daher verdient dieser Fall veröffentlicht zu werden, weil ich diese von Prof. Roser angewandte Therapie noch in keinem Buche, soweit mir die Lehrbücher bekannt sind, angegeben finde.

Ich verlasse hiermit diesen merkwürdigen Fall von Dermoidcyste und die ebenso merkwürdige Therapie zur Heilung derselben. Ich will nun, bevor ich eine kurze Rundschau in der Literatur halte, insoweit sie mir zugänglich war und bekannt ist, noch eines Falles Erwähnung thun, den Herr Geheimrath Roser so freundlich

war, mir mitzutheilen, und dann das Präparat einer Dermoidcyste, welches in hiesiger chirurgischer Klinik aufbewahrt wird, und von diesem betreffenden Falle herrührt, beschreiben.

Herr Geheimrath Roser sah eine Frau, von der das gleich zu beschreibende Präparat herstammt, zufällig auf der Durchreise. Sie erzählte ihm, dass sie schon lange an Diarrhoen leide und dass mit dem Stuhlgang häufig Haare entleert würden. Die Untersuchung ergab einen grossen tief im kleinen Becken und vor dem Mastdarm nach dem hinteren Scheidegewölbe zu liegenden Tumor, der für eine Dermoidcyste des Ovarium's gehalten wurde. Es wurde der Patientin proponirt, sich sofort nach Marburg zu begeben und in die Klinik aufnehmen zu lassen, indem man beabsichtigte, die Cyste vom hinteren Vaginalgewölbe aus zu eröffnen und durch permanente Offenerhaltung die Geschwulst und die Fistel, die sich nach dem Darme hin gebildet hatte, unschädlich zu machen.

Patientin folgte diesem Rathe nicht, sondern stellte sich erst $^1/_2$ J. später zur Operation in hiesiger chirurgischer Klinik. Sie war innerhalb dieser Zeit sehr herabgekommen und hatte ein anämisches und sehr collabirtes Aussehen. Der Tumor im kleinen Becken war noch fühlbar. Auf dringenden Wunsch der Frau wurde die Operation noch unternommen und zwar wurde in der Narcose zunächst im hinteren Vaginalgewölbe ein Schnitt in die Scheidenschleimhaut gemacht. Um Blutungen zu verhüten, sollte dann mit der Kornzange weiter vorgedrungen, und die Cystenwand perforirt werden. Aber in demselben Momente, als dieses zur Ausführung kommen sollte, fühlte man deutlich, dass der Tumor plötzlich seine Prallheit verlor. Es musste also angenommen werden, dass die Cyste sich in demselben Augenblicke nach irgend einer Richtung hin entleert habe. In Anbetracht des sehr collabirten Zustandes der Patientin

wurde auf weitere Fortsetzung der Operation verzichtet. Einige Tage nachher starb Patientin.

Die genauere Betrachtung des herausgenommenen und in hiesiger Klinik aufbewahrten Präparates ergibt ungefähr Folgendes:

Die Cyste ist etwa Kindeskopf gross mit unregelmässigen buchtigen Wänden und liegt zwischen dem hinteren Rande des uterus und dem rectum. Dem rectum folgt sie ziemlich weit nach unten, oben erhebt sie sich über den uterus nur sehr wenig. Der fast grösste und nach unten und vorn gelegene Theil der Cystenwand, und zwar der am meisten hinübergelegene Theil, zeigte noch eine regelmässige glatte Oberfläche, auf der viele einzeln stehende Haare inplantirt sind.

Die Cyste ist mit der flexura sigmoidea total verwachsen, und findet sich hier, etwa gerade der Umbiegungsstelle der Flexur entsprechend, eine fast fünf Groschen grosse Perforation in das Darmlumen hinein. Die Ränder dieser Perforation sehen unregelmässig ulcerirt aus, indem der Substanzverlust theilweise auf der Schleimhautseite noch weiter reicht, als auf der gegenüberliegenden. Ueber dieser Perforation findet sich aber noch eine weitere in eine mit dem Tumor verwachsene Dünndarmschlinge hinein. Diese Perforationsstelle ist ungefähr bohnengross und sehr scharfrandig, sonst von normaler Beschaffenheit. Rectum, vagina und Blase zeigen nichts Besonderes. Der Douglas'sche Raum war ringsum mit der Cyste verwachsen. Im hinteren Vaginalgewölbe sieht man noch den bei der Operation angelegten 2 Centimeter langen Schnitt, der bei der vorgenommenen Operation gemacht wurde.

Wäre die Frau dem wohl gemeinten Rathe, der ihr gegeben, gefolgt und hätte sie sich nicht erst nach $^1/_2$ Jahre zur Operation in hiesiger Klinik gestellt, so konnte ihr Leben erhalten werden. Denn die vorgeschlagene künstliche Anlegung einer *Dermoid-Vaginal-Fistel* hätte dem Cysten-

sekret freien Abzug nach Aussen verschafft. Die Wandungen der Balggeschwülste waren dann nur wenig gespannt, und die Perforationsstelle nach dem Darme hin konnte sich schliessen. Die Ursache ihres Todes ist wohl aus dem Eindringen des Kothes durch die Perforationsstelle und die dadurch erzeugte jauchige Abscessbildung selbst zu suchen.

Nun sei es mir noch vergönnt, aus der Litteratur, soweit sie mir bekannt ist, die wesentlichsten Notizen zusammenzustellen über die Genese der Dermoidcysten und über die mir bekannten Fälle von Dermoiden des Mediastinum's.

Heister soll zuerst versucht haben, eine Erklärung für die Dermoidcysten zu geben, indem er die Hypothese aufstellte, dass es sich bei diesen Cysten um einen extra uterin entwickelten Foetus handle, der nicht vollständig resorbirt sei. (Epistola gratulatoria de pilis, ossibus, dentibusque in variis corporis humani partibus praeter naturam repertis. Helmstaedt 1743). Dieser Meinung schloss sich Cuiveilhier an, der eine Balggeschwulst am Ovarium beschrieb, in der sich über 300 zahnartige Gebilde und einige Knochen vorfanden. Diese Ansicht musste man aber fallen lassen, als man solche Geschwülste am Ovarium eines 15jährigen Mädchens fand, das noch nicht menstruirt hatte. Darauf stellte man die Ansicht auf, das Ei selbst sei ohne Befruchtung zu einer solchen abnormen Entwicklung fähig. Voigtel stellte diese Ansicht wohl zuerst auf. Einen warmen Vertheidiger fand sie in dem Engländer Ritchie. Gut, dass diese Ansicht deshalb fallen gelassen werden musste, als man Balggeschwülste in anderen Körpertheilen, in denen von Eiern keine Rede sein konnte, bei der Section vorfand. Denn wenn das Ei für sich einer solchen Entartung fähig wäre, dann wäre doch wohl das andere Geschlecht zu bedauern. Andere Autoren nun waren der Ansicht, dass diese Balggeschwülste durch Veränderung des Epithels und der

theca folliculi Graafiani entständen und als einfache Retentionscysten zu betrachten seien.

Waldeyer nimmt an, dass den Zellen des Eierstockes die Kraft inne wohne, durch einen besonderen parthogenetischen Vorgang andere von diesen verschiedene Zellen zu bilden, aus denen selbst grössere und complicirtere Gebilde, wie Knochen und Zähne hervorgehen könnten.

Kohlrausch ist der erste, der Licht und Aufklärung für die Entstehung der Balggeschwülste geschaffen hat. Er wies nach, dass die Wandungen dieser Cysten vollständig gleiche Structur mit der äusseren Haut hätten. (Müller's Archiv Heft 4. pag. 365. 1843. Ueber den Bau der haar- und zahnhaltigen Cysten des Eierstockes). Später wurde von ihm dann die Ansicht ausgesprochen, dass es sich bei diesen Cutisgeschwülsten, wie er sie nannte, um eine Abschnürung des obersten Keimblattes während der Entwicklungsperiode handele.

Lebert, der 188 Fälle von Geschwülsten aus der Literatur sammelte und beschrieb, weisst deutlich auf eine Transplantation des Hornblattes in der Entwicklungsperiode hin. Von ihm rührt der jetzt allgemein angenommene Name „Dermoid" für diese Geschwülste her. (Lebert, Traité d'anatomie path. Vol. I. pag. 256 seq.).

Das Abstammen der Dermoide aus einer Abschnürung des oberen Keimblattes während der Entwicklungsperiode wurde bald von allen Autoren für die Cysten angenommen, die ihren Sitz im subcutanen Gewebe haben, wie z. B. in der Umgebung der orbita. oder in der orbita selbst, oder in der Augenbraunengegend oder Nasen- oder Halsgegend. Am längsten schwankte man immer, woher man eine Erklärung für die Entstehung der an den Ovarien nehmen sollte. Ich schliesse mich der Ansicht Lücke's an, der in seinem Buche: „Die Lehre von den Geschwülsten in anatomischer und klinischer Beziehung". Erlangen 1869. pag. 127 also schreibt:

„Wir wissen, dass zu einer gewissen Zeit des Foetallebens Einstülpungen des äusseren Keimblattes auftreten, um Theil zu nehmen an der Bildung gewisser Organe. Diese eingestülpten Theile schnüren sich später ab, noch bevor die Körperhöhlen sich vollständig schliessen. Wir sehen, dass die Dermoide vorzugsweise an solchen Stellen auftreten, wo auch normaliter das äussere Keimblatt sich einstülpt. Nehmen wir an, dass hier gleichzeitig Einstülpungen dieses Keimblattes in abnormer, gewissermassen unzweckmässiger Weise geschehen, so lässt sich ohne Schwierigkeit verstehen, wie Darmsteine in das mittlere Keimblatt hineingerathen können, welches sich dann zu epidermoidalen Gebilden entwickelt, und, wie es bekannt ist, dass zur Zeit der Pubertät die Entwicklung in eine neue Phase eintritt — man denke nur an die Entwicklung des Bartes — so kann dann ein beschleunigtes Wachsthum in der Dermoide gerade in dieser Zeit nicht auffallend erscheinen. Was hier gesagt ist, gilt auch ganz besonders für die Genitalorgane. Seit His' Untersuchungen erwiesen haben, dass Hoden und Ovarien dem äusseren Keimblatte angehören, kann das Vorkommen der Dermoide hierselbst nicht mehr auffallen. Auch die Entstehung von Zähnen lässt sich noch zur Noth erklären, doch wollen wir hier gerne eingestehen, dass wir bis zur Stunde nicht im Stande sind, die complicirten Verhältnisse zu begreifen, welche eintreten müssen, um das Vorkommen von Knorpeln und Knochen in diesen Dermoiden, der Hoden und Ovarien zu bewirken. Man könnte etwa sagen, dass bei dem complicirten Gange, den die Entwicklung der genannten Organe nimmt, ausser den epithelialen auch noch andere Keime eingeschlossen werden, um die bekannte Wanderung mitzumachen.“

Nun sei mir gestattet, die in der Literatur beschriebenen analogen Fälle hier kurz anzureihen. Ich beginne

mit den 3 Fällen von Dermoiden, die in der Lunge gefunden wurden.

Im Jahre 1861 berichtete Dr. Cloëtta in Zürich Virchow's Archiv Bd. 20) über eine derartige Geschwulst, die bei einem 20jährigen Mädchen, welches unter dem Symptome einer chronischen linksseitigen Lungentuberculose starb, bei der Obduktion gefunden wurde. Während ihres Lebens hatte Patientin schon Haare ausgehustet. Die Section ergab im linken unteren Lungenlappen einen mit Haaren und schmierigem Fett gefüllten Sack, dessen hintere Partie mit festem Bindegewebe an Rippen und Wirbelsäule befestigt war. Die nähere Untersuchung ergab, dass dieser Sack aus 2 verschiedenen mit einander communicirenden Abtheilungen bestand. Die eine kleine Höhle gehörte der eigentlichen Balggeschwulst an, die andere grössere war eine Lungencaverne. Die Balggeschwulst sass auf der inneren Fläche des unteren linkeren Lungenlappens und hatte die Grösse eines mittelgrossen Apfels. Die Cystenwand war sehr dick mit eingebetteten Knorpeln und Knochenstücken, längere und kürzere Haare ragten auf der unregelmässigen mit condylomartigen Wucherungen versehenen Innenfläche hervor. An der hinteren Wandfläche der Caverne mündete ein grosser Bronchus ein, so dass man durch den dem unteren Lappen zukommenden Luftröhrenast in die Höhle gelangen konnte. (Cf. Dissert. von Dr. Theod. Collenberg: „Zur Entwicklung der Dermoidcystome." Breslau 1869). Dr. Cloëtta glaubt, die Cyste sei im Lungen- oder Bindegewebe an dieser Stelle entstanden, was wohl nicht der Fall ist; vielmehr kann man wohl annehmen, dass die Cyste, dem Gesetze der Schwere folgend, sich hierher versenkt hat und in die Lunge perforirt ist.

Ein 2. Fall ist beschrieben von Dr. Mohr (Berl. med. Central-Zeitg. 1840. pag. 25, 26 und 27). Die Kranken-

geschichte und der Sectionsbericht, soweit sie für uns von Interesse, sind kurz folgende:

Gennert, Joh., 47 Jahr alt, wurde am 22. November 1839 ins Julius-Hospital zu Würzburg aufgenommen. Er klagte über Husten, der bereits $^3/_4$ Jahre dauere und von Tag zu Tag zunehme. Man sah die untere Parthie der linken Thoraxhälfte vom Diaphragma bis zur 5. Rippe deutlich aufgetrieben. Percussion daselbst ergab eine volle beinahe tympanitische Resonnanz. Die Succussion ergab Schwanken einer mässigen Quantität Flüssigkeit mit metallischem Wiederhall. Bei der In- und Exspiration hörte man zeitweise Flaschensausen und metallisches Klingen. Der Husten nahm bald zu, der Auswurf war sehr reichlich und von putridem Geruch begleitet, und es fand der lethale Ausgang am 11. Decbr. 1839 statt unter den Symptomen von Delirien. Linkerseits war unten die Lunge durch eine grosse Eiteransammlung von der Thoraxwand abgedrängt, von der Eiterhöhle selbst aus in das Lungenwebe führte eine etwa 12 Kreuzer grosse Oeffnung zu einer hühnereigrossen, buchtig in das Lungengewebe hineinspringenden, vollkommen leeren Höhlung mit seröser glatter Wandung. Die Höhle selbst communicirte mit mehreren Bronchialästen.

Albers (Gaz. des hopitaux 1839, pag. 42) soll einen 3. Fall einer solchen Balggeschwulst in dieser Gegend beschrieben haben.

Von diesen 3 Fällen ist also nur zu vermuthen, dass sie nicht am gefundenen Platze entstanden, sondern von der Halsgegend aus hierher herabgesunken sind.

Fälle von Balggeschwülsten, die unseren analog sich im vorderen Mediastinum befanden, sind folgende:

Den ersten beschrieb Dr. Cordes (Virchow's Archiv path. Anath. etc. 1859. pag. 290). Dieselbe wurde bei der Section vorgefunden, war Männerfaust gross, an der Basis des Herzens überall mit dem Pericardium, dem Bindegewebe der Gefässe und der Trachea verwachsen.

Ein zweiter Fall ist auf der Klinik des Prof. Rapp in Tübingen beobachtet und von Dr. Büchner beschrieben. (Deutsche Klinik 1853. No. 28).

Ich will in Kürze eine Uebersicht über diesen Fall geben, die ich aus der Dissertation des Dr. H. Poehn Beschreibung eines Falles von Dermoidcysten im mediast. Mantic. (Berl. 1871) entnommen habe.

Eine 36 Jahre alte Frau, die seit $^3/_4$ Jahre über Brustbeschwerung, Husten und Dyspnoë klagte, vor $^1/_4$ Jahr eine Pneumonie überstanden hatte, nach deren Ablauf auch vermehrter Husten mit weisslichem Auswurfe zurückgeblieben war, dann vor 5 Wochen plötzlich von einer Pneumorrhachia befallen wurde und seit dieser Zeit fortwährend an Bluthusten litt, kam im Juni 1853 in das Clinicum, sehr anämisch und mit ängstlich verstörtem Gesichtsausdruck, lag beständig auf der linken Seite mit vorn übergebeugtem Kopfe. Die rechte Thoraxhälfte, die bei der Inspiration hinter der linken zurückblieb, zeigte dicht am rechten Sternalrande von der 2—4. Rippe herabreichend, eine wenig kugelige Vortreibung, an der deutlich Pulsation zu erkennen ist. Der Percussionston in der rechten Parasternallinie von der 2. Rippe herab bis zum Zwergfell ist matt. Der matte Schall findet nach links hin eine scharfe Begrenzung längst der Mittellinie des Sternums. Die Auskultation lässt über der Vorwölbung ein deutliches, mit dem Puls isochronisches Blasen wahrnehmen. Acht Tage nach der Aufnahme erfolgt der Tod, und bei der Section fand man hinter dem Sternum von der 2. Rippe herab bis zum Diaphragma und nach links bis über die Mittellinie des Brustbeins sich erstreckend, die rechte Lunge ganz nach hinten vordrängend eine mit der Umgebung adhärirende Geschwulst, welche sich als eine kindeskopf-grosse Cyste auswies, deren Höhle einerseits mit der rechten Lunge durch eine von dem unteren Ende der Geschwulst nach Durchbruch der Cystenwand und der Pleuropulmonalis mit dem Parenchym

des unteren Lungenlappens hergestellte Communication, andererseits mit dem pars assendens der Aorta durch eine kleine fingerdicke Communicationsöffnung in direktem Zusammenhange stand.

Lebert (Prager Vierteljahrsschrift LXX. 1858. pag. 147) beschrieb einen 3. Fall von Balggeschwulst im Med. antic, die bei der Sektion eines 60 Jahre alten Emphysematikers vorgefunden wurde. Der Durchmesser betrug etwa 7 Centimeter. Sie war oberhalb der Herzbasis mit dem Pericard fest verwachsen.

Einen 4. analogen Fall im vorderen Mediast. ist uns von Goron mitgetheilt in dem Medico-chirurgical Transactions XIII. pag. 12. Eine kräftige junge Frau von 20 Jahren kam unter den Symptomen der Pneumonie und Haemoptoë im Juni 1822 in ärztliche Behandlung. Im August zeigte sich an dem Sternalende der linken Clavicula ein regelmässig stark pulsirender Tumor. Das Wachsthum war ein rapides. Es wurde die Diagnose auf Aneurysma entweder des Arcus Aortae oder des truncus anonymus gestellt. Im Wachsthum trat für mehre Monate ein Stillstand ein. Im Frühjahr 1823 trat schnellere Zunahme der Geschwulst ein und machte Athembeschwerde. Im Juni desselben Jahres kam der Tumor auf die rechte Seite hinüber. Die Haut desselben wurde allmälig dünner, und der Tumor platzte. Mit dem Finger fühlte man durch den Durchbruch einen oberflächlich gelegenen Sack und auf dem Boden desselben deutliche Pulsation, und Goron vermuthete, dass ein Aneurysma sich unter der Cystenwand befinde. Die Geschwulst verkleinerte sich von da ab, war September spurlos verschwunden, und Patientin wurde geheilt entlassen. Einen Monat später trat nach acuter fieberhafter Krankheit schnell der Tod ein. Bei der Sektion fand man hinter den beiden oberen Dritteln des Sternum's und unter dem Sternalende der rechten Clavicula eine Balggeschwulst fast verwachsen mit dem Sternum und dem Trun-

cus anonymus, der gleichsam von der Geschwulst eingehüllt war. In der Cyste fand man noch einen Knochen mit 7 mehr oder weniger fest in ihm sitzenden Zähnen.

Waldeyer fand bei der Sektion einen 5. Fall, der von Dr. Collenberg in vorher genannter Dissert. beschrieben ist. Die Geschichte kurz folgende:

Anton Maler, 50 Jahre alt, wurde mit der Erscheinung einer Pleuropneumonia dextra inferior in das Hospital der barmherzigen Brüder zu Breslau gebracht im Dezember 1867 und starb 10 Stunden nach der Aufnahme unter den Erscheinungen des Lungenoedems. Waldeyer fand bei der Obduktion einen Tumor, der mit einem Stiele von dem unteren Umfange der rechten Schilddrüsenhälfte aus in das Med. antic. herabreichte und die rechte Lunge sehr comprimirte und, wie Collenberg sagt, gleichsam kappenartig aufsass. Der Stiel des Tumor bestand aus einer Arteria thyreoidea inferior dextra und 2 Venen, die in die vena anonyma dextra münden, einem schmalen Streifen Drüsengewebes, dem Muscul. Sternotyreoidius dexter. Näheres darüber in der genannten Dissertation.

Als 6. und letzten Fall von Balggeschwülsten im Med. Antic will ich den von Dr. Poehn (Beschreibung eines Falles von Dermoidcyste des Mediast. antic. Dissert. Berlin 1871) beschriebenen hier kurz anführen. Er hat mit unserem Fall das Gemeinsame, dass er intra vitam durch Professor v. Langenbeck als solcher erkannt ist. Der Verlauf der Krankengeschichte und die eingeschlagene Therapie ist folgende:

B., ein 34 Jahre alter Apotheker, erkrankte 1866 zum ersten Male an reissenden Schmerzen in der rechten Schulter und Oberarm, gegen welche Induktionsstrom und Jodpinselung ohne wesentlichen Erfolg angewandt wurden.

Allmälig verloren sich die Schmerzen, kehrten jedoch im folgenden Jahre noch heftiger wieder, und es traten

Lähmungserscheinungen im Arme auf. Eine auf Druck schmerzhafte Stelle war über der Clavicula hin.

Angewandte Canthariden hoben Schmerz und Lähmung auf. 1869 traten wiederum dieselben Schmerzen und geringe Lähmungserscheinungen auf. Die schmerzhafte Stelle war nun genau auf der Articulatio sterno-clavicularis dextra. Es wurden abermals Canthariden-Pflaster applicirt. Aber ehe die Spuren des Pflasters verschwunden, kam an der Articulatio-sternoclavicularis eine Geschwulst mehr und mehr hervor. Der behandelnde Arzt dachte an ein Aneurisma.

1870 nahm die Geschwulst allmälig zu, und die Schmerzen im rechten Arm dauerten in mässigem Grade fort.

Juli 1870 traten auch im linken Arme Schmerzen auf. Kurz darauf auch Schmerzen in der Gegend des linken Sternoclavicular-Gelenkes. Bald wurde auch hier eine Geschwulst bemerkt.

Im August desselben Jahres suchte Patient die Klinik zu Jena auf, woselbst die Geschwulst für ein Aneurisma erklärt wurde.

5,0 secale cornut. pro die wurden verabreicht, bis kribbelndes Gefühl in den Fingerspitzen sich einstellte. Erfolg wurde nicht damit erreicht.

Darauf wurde Plumb. acet. in grossen Dosen (3,0 in 10 Tagen) gegeben. Es war keine Besserung zu constatiren. Dann wurden Injectionen von Ergotin gemacht nach folgendem Recepte:

Ergotin, 2,5, Spir. u. Glycer. aa 7,5.

Jeden Tag wurde in der Umgebung der Geschwulst 0,25 injicirt. Bettruhe musste der Patient beobachten, und Eisbeutel wurden ihm auf die Geschwulst gelegt.

Ende September kehrte Patient nach Hause zurück und setzte die Einspritzungen fort. Die oben angegebene Quantität verbrauchte er zweimal. Die Cur hatte keinen

Einfluss auf die Geschwulst, die bis 1871 ohne merkliche Vergrösserung blieb.

Als er sich 1871 Ende März von einer Perityphlitis erhohlt hatte, ging die linkseitige Geschwulst in ein beschleunigtes Wachsthum über, und es traten bald heftige neuralgische Schmerzen und Lähmungserscheinungen ein.

In diesem Zustande kam B. 1871 Mitte Juli in die chirurgische Klinik des Herrn Professors v. Langenbeck.

Nach genauer Percussion und Auscultation wurde die Diagnose Aneurisma ausgeschlossen, und auf Cysten gestellt.

Am 14. Juli wurden durch einen Probetroikar einige Tropfen Eiter entleert, dann sofort ein Schnitt zum besseren Abfluss gemacht. Anfangs kam wenig flüssiger Eiter, und darauf eine zähe, gelbe, fettige Masse, wie Dr. Poehn berichtet, die auf Druck wurstförmig aus der Oeffnung drang, und in welchen einzelne grössere und zahlreiche kleine wollige Haare eingefilzt waren. Nachdem $^1/_4$ Kilogramm von beschriebener Eigenschaft entleert war, wurde Jodtinctur in die Höhle injicirt, und die Wunde selbst durch englisches Pflaster geschlossen. Nach dieser Injektion trat bald eine Abendtemperatur von 40° C. ein. Am 5. Tage nach der Operation stellte sich ein sehr profuser Eiterausfluss ein, mit welchem Schmerz und Fieber nachliessen. Die Incisionswunde wurde zur besseren Entleerung des Eiters erweitert, und die Höhle der Cyste mit Carbolsäurenlösung ausgespritzt, um jauchige Zersetzung zu verhüten.

Bei dieser Behandlung soll die Höhle sich ein wenig verkleinert haben. Dr. Poehn schliesst seinen Bericht über diesen Fall also ab:

„Das allgemeine Befinden des Kranken ist immerhin durch die starke Eiterung etwas angegriffen, der Appetit mässig, der Schlaf gut. Seit etwa 10 Tagen besteht allabendlich eine Temperaturerhöhung bis 39° C., die einmal sogar bis 40° C. gestiegen ist. Die Pulsfrequenz ist dabei verhältnissmässig gering, Frost ist nie eingetreten.

Als weiter einzuschlagende Therapie gibt der Verfasser Offenhalten der Incisionswunde zur Entleerung des Eiters und vor Allem gute Diät zur Erhaltung der Kräfte und Aufenthalt auf dem Lande an.

Die Anlegung einer künstlichen Cystenfistel nach dem vom Professor Roser aufgestellten Plan wird wohl in allen solchen Fällen von Dermoiden, deren Exstirpation nicht wohl unternommen werden kann, und wo doch das Dermoid den Kranken in Gefahr bringt, indicirt sein. Man wird die Operation nach 2 Methoden unternehmen können: wo es möglich ist, wird man *lippenförmige Fistelöffnung* zwischen dem Dermoid und der äusseren Oberfläche durch Annähen der Cysteränder zu erreichen suchen. Wo dieses wegen zu grosser Entfernung der Cyste von der Oberfläche nicht möglich ist, wird man durch Einlegen von Röhren das Offenbleiben der Cyste *erzwingen* müssen.

Am Schlusse der Arbeit ergreife ich gerne die Gelegenheit, meinem theuren Lehrer, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Roser, der mich bei dieser Arbeit bereitwillig unterstützte, meinen besten Dank abzustatten.

Thesen.

I.

Bei Ileus erfordert die Indicatio vitalis die Enterotomie einer oberhalb der Verschlussstelle gelegenen Darmschlinge mit Anlegung eines anus präternaturalis.

II.

Bei angebornen Muttermälern ist die Excision derselben anzurathen.

III.

Die venaesectio ist bei Pneumonie oft dringend indicirt.

Joh. Heinr. Mart. Kückmann, Sohn des Colon Georg Kückmann und der Anna Maria, geborene Richter, wurde 1845 zu Delbrück in Westfalen geboren. Seinen ersten Schulunterricht erhielt er in seiner Vaterstadt, kam 1860 an das königl. Progymnasium zu Rietberg und von dort 1864 an das Gymnasium zu Warendorf, woselbst er Herbst 1867 das Zeugniss der Reife erhielt Durch eigenthümliche Verhältnisse gezwungen blieb er den kommenden Winter zu Hause und lebte der Jagd. 1868 bezog er, um Medicin zu studiren, die Universität Greifswald. Winter-Semester 1869–70 begab er sich zur Universität Marburg, woselbst er seine Studien fortsetzte, das tentamen physicum, Staatsexamen und tentamen rigorosum bestand und augenblicklich als chir. policlin. Assistenzarzt angestellt ist.

Seine Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten: Arndt, Baumstark, Beneke, Budge, Claudius, Dohrn, v. Feilitzsch, v. Heusinger, Hüter, Jessen, Lahs, Landois, Langhans, Lieberkühn, Limprichs, Mannkopff, Nasse, Schmidt, Roser, Sommer, Wagner,

denen er hiermit seinen tiefgefühlten Dank abstattet.